

## ЗАЯВЛЕНИЕ НА ВЫПЛАТУ ПО ДОЖИТИЮ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

Договор страхования

от

### ЗАЯВИТЕЛЬ

 Застрахованный  Представитель

### ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ЗАЯВИТЕЛЯ

Фамилия  
Имя Отчестводата  
рождения

### ДАННЫЕ ДОКУМЕНТА, УДОСТОВЕРЯЮЩЕГО ЛИЧНОСТЬ

Наименование  
документасерия  
(при наличии)

номер

кем выдан

дата выдачи

код подразделения  
(при наличии)СНИЛС  
(при наличии)ИНН  
(при наличии)контактный  
телефон

E-mail

Гражданство

Место рождения

### АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ

Индекс

адрес

### АДРЕС ФАКТИЧЕСКОГО ПРОЖИВАНИЯ / ПОЧТОВЫЙ АДРЕС

 Совпадает с адресом постоянной регистрации

Индекс

адрес

### ДЕКЛАРАЦИЯ

- Имею положительную деловую репутацию, стабильное финансовое положение
- Источники происхождения денежных средств и (или) иного имущества: Заработная плата

 Иное (указать)

- Не имею бенефициарного владельца, действую к собственной выгоде

 Не согласен (отметить при несогласии)

**ЯВЛЯЕТЕСЬ ЛИ ВЫ ПУБЛИЧНЫМ ДОЛЖНОСТНЫМ ЛИЦОМ, УКАЗАННЫМ В СТ.7.3 ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА №115-ФЗ ОТ 07.08.2001 г.?**

Да  Нет

В случае ответа «Да» укажите ниже должность, наименование и адрес работодателя

Должность	<input type="text"/>	Наименование работодателя	<input type="text"/>
Индекс	<input type="text"/>	адрес	<input type="text"/>

**ЯВЛЯЕТЕСЬ ЛИ ВЫ СУПРУГОМ ИЛИ БЛИЗКИМ РОДСТВЕННИКОМ ПУБЛИЧНОГО ДОЛЖНОСТНОГО ЛИЦА, УКАЗАННОГО В СТ.7.3 ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА №115-ФЗ ОТ 07.08.2001 г.?**

Да  Нет

В случае ответа «Да» укажите ниже укажите степень родства, либо статус по отношению к указанному лицу

**ВАЖНО!** В случае, если заявление заполняется представителем, укажите документ, подтверждающий полномочия

Наименование документа	<input type="text"/>	серия	<input type="text"/>	номер	<input type="text"/>	дата выдачи	<input type="text"/>
------------------------	----------------------	-------	----------------------	-------	----------------------	-------------	----------------------

**НАСТОЯЩИМ ЗАЯВЛЕНИЕМ СООБЩАЮ О СОБЫТИИ:**

- Дожитие Застрахованного лица до окончания срока действия договора страхования
- Дожитие Застрахованного лица до промежуточной даты наблюдения в пределах срока действия договора

**НА ОСНОВАНИИ ВЫШЕИЗЛОЖЕННОГО, ПРОШУ:**

- Зачислить в качестве взноса по договору страхования  Перевести на счет в банке согласно реквизитам

**В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ВЫБРАН ПАРАМЕТР «ПЕРЕВЕСТИ НА СЧЕТ В БАНКЕ СОГЛАСНО РЕКВИЗИТАМ», ЗАПОЛНИТЕ РЕКВИЗИТЫ ПОЛНОСТЬЮ В ТАБЛИЦЕ НИЖЕ И УКАЖИТЕ СУММУ ПЕРЕВОДА**

Наименование банка	<input type="text"/>		
Получатель платежа	<input type="text"/>		
Номер счета	<input type="text"/>		
Корреспондентский счет	<input type="text"/>		
БИК банка	<input type="text"/>	ИНН банка	<input type="text"/>
Сумма перевода	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	цифрами	прописью	

Обращаем ваше внимание, что перечисление дополнительного инвестиционного дохода (при наличии) будет осуществляться по реквизитам, указанным в настоящем заявлении.

**В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ВЫБРАН ПАРАМЕТР «ЗАЧИСЛИТЬ В КАЧЕСТВЕ ВЗНОСА ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ», ЗАПОЛНИТЕ НОМЕР ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ И- УКАЖИТЕ СУММУ ПЕРЕВОДА**

Договор страхования	<input type="text"/>	от	<input type="text"/>
Сумма перевода	<input type="text"/> цифрами	<input type="text"/> прописью	

**К ЗАЯВЛЕНИЮ ПРИЛАГАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ:**

Копия паспорта     Документ, подтверждающий полномочия представителя     Иные документы

В случае, если выбран параметр «иное», уточните ниже перечень приложенных документов

Настоящим Я, действуя своей волей и в своем интересе, предоставляю Обществу с ограниченной ответственностью Страховая компания «БКС Страхование жизни» (далее – Компания, Оператор) (ОГРН: 5177746400607, место нахождения: 129110, г. Москва, проспект Мира, д. 69, стр. 1, этаж 9, помещ. XV, ком. 1) согласие на обработку персональных данных указанных в настоящем документе и приложениях к нему любыми способами (как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств –на бумаге) включая: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, в целях исполнения договора страхования, а также выполнения возложенных на Оператора функций, полномочий и обязанностей. Настоящее согласие действует до достижения всех указанных целей обработки персональных данных за исключением случаев, когда более длительный срок их обработки предусмотрен действующим законодательством РФ. В случае предоставления Оператору в настоящем документе персональных данных третьих лиц – субъектов персональных данных (выгодоприобретателей, страхователей и т.п.) гарантирую, что мной было получено согласие таких лиц на передачу и дальнейшую обработку их данных Оператором в заявленных выше целях. Информация, предусмотренная частью 3 статьи 18 ФЗ «О персональных данных» указанным лицам предоставлена, в связи с чем Компания освобождается от обязанности информирования субъекта персональных данных о получении персональных данных не от субъекта персональных данных.

**ВАЖНО!** Если Заявитель не является Застрахованным лицом подпись Застрахованного лица обязательна

<input type="text"/> (дата)	<input type="text"/> (подпись)	<input type="text"/> (ФИО застрахованного лица)
<input type="text"/> (дата)	<input type="text"/> (подпись)	<input type="text"/> (ФИО заявителя)
<input type="text"/> (дата)	<input type="text"/> (подпись)	<input type="text"/> (ФИО сотрудника / агента)